



RESUMEN

Objetivo: Describir las principales causas de Morbilidad Y Mortalidad Materna - Neonatal Y Evaluación de Estándares De Calidad de la “Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo”. Cuenca. 2010.

Métodos y materiales: Se realizó una investigación descriptiva cuantitativa y documental en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca, en las Salas de Prepartos, Partos, Posparto y Neonatología. Se realizó con base al análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del MSP, en el periodo comprendido entre Enero a diciembre del 2010.

Se trabajó con un universo finito de 1285 casos del año 2010 sobre la base de la información registrada en el SIP.

Resultados: Del total de mujeres y neonatos atendidos en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo se encuentran 1 caso de mortalidad materna al momento del parto, 80 abortos y 22 casos de muerte neonatal.

Los casos de Morbilidad Materna, corresponde a: infección de vías urinarias (306 casos), amenaza de parto pretérmino (70), diabetes (70).

Morbilidad neonatal: 118 niños presentan enfermedades como: defectos congénitos al nacimiento (13 niños), peso bajo (109), microcefalia (19), sobrepeso (12) y macrocefalia (6 niños).

Conclusiones: Con el programa SIP instalado en la “Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo”, se identificó las principales causas de morbilidad materna y neonatal y se analizó los estándares de calidad según la norma del Ministerio de Salud Pública.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Decs: Mortalidad Neonatal, enfermedades Neonatales Congénitas y Hereditarias y Anomalías, Mortalidad Materna, epidemiología descriptiva, Estándares de Referencia



ABSTRACT

Objective: To describe to the main causes of Morbidity and Maternal Mortality - Neonatal and Evaluation of Standards Of Quality of the “Clinica Humanitaria Fundacion Pablo Jaramillo”. River basin. 2010. Methods and materials: A quantitative and documentary descriptive investigation was realised in the Humanitarian Clinic Foundation Pablo Curled Jaramillo of the Corner River basin, in the Rooms of Prepartos, Childbirths, Posparto and Neonatología. It was realised with base to the analysis of the SIP and the standards and indicators of quality of the MSP, in the period between January to December of the 2010. One worked with a finite universe of 1285 cases of year 2010 on the base of the information registered in the SIP.

Results: Of the total of newborn women and taken care of in the “Clinica Humanitaria Fundacion Pablo Jaramillo” are 1 case of maternal mortality at the time of the childbirth, 80 abortions and 22 cases of neonatal death. The cases of Maternal Morbidity, correspond a: infection of urinary tract (306 cases), threat of childbirth preterm (70), diabetes (70). Neonatal morbidity: 118 children present/display diseases like: congenital defects to the birth (13 children), weight under (109), microcefalia (19), overweight (12) and macrocefalia (6 children).

Conclusions: With program SIP installed in the “ “Clinica Humanitaria Fundacion Pablo Jaramillo”, identified the main causes of maternal morbidity and neonatal and it analyzed the quality standards according to the norm of the Ministry of Public Health.



ÍNDICE

CONTENIDOS

RESUMEN	8
RESPONSABILIDAD	8
AGRADECIMIENTO	9
CAPÍTULO I.....	10
1. INTRODUCCIÓN	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA.....	15
2.1.1. MORTALIDAD MATERNA.....	15
2.1.2. TASA DE MORTALIDAD MATERNA	16
2.1.3. PRINCIPALES CAUSAS.....	17
2.2. MORBILIDAD MATERNA	17
2.2.1. CAUSAS DE MORBILIDAD	18
2.3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL	18
2.3.1. MORTALIDAD NEONATAL	19
2.3.1.1. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	19
2.3.2. MORBILIDAD NEONATAL	20
2.3.2.1. CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL	20
2.4. ESTÁNDARES DE CALIDAD	21



2.5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL	23
2.6. ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN MATERNA.	24
2.6.1. CONTROL PRENATAL.....	24
2.6.2. ATENCIÓN DEL PARTO	24
2.6.3. ATENCIÓN POST- PARTO.....	25
2.6.4. PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL CALIFICADO.....	25
2.6.5. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	25
2.6.6. TASA HOSPITALARIA DE LETALIDAD POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS	25
2.7. ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN NEONATAL.	26
2.7.1. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO.	26
2.7.2. RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL CALIFICADO.....	26
2.7.3. COMPLICACIONES NEONATALES	26
2.7.4. TASA HOSPITALARIA DE MORTALIDAD NEONATAL	26
2.8. TERMINOLOGÍA NEONATAL	26
2.9. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) ..	27
2.9.1. FINALIDAD Y OBJETIVO DEL PROGRAMA TIC.....	27
2.10. SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL	29
2.10.1. COMPONENTE INFORMÁTICO	30
2.10.2. ETAPAS EN EL USO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL	31
2.11. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.....	31
CAPÍTULO III.....	33
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	33



CAPÍTULO IV	34
4. METODOLOGÍA	34
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	35
CAPÍTULO V	40
5. MARCO REFERENCIAL	40
CAPÍTULO VI	47
6. RESULTADOS.....	47
7. PROPUESTA DE GESTIÓN	67
7.1. Introducción	67
7.2. Caracterización de los principales problemas	67
7.3. Objetivos.....	68
7.4. Estrategias.....	68
7.5. Actividades	69
8. CONCLUSIONES	70
9. RECOMENDACIONES	74
10. LIMITACIONES	76
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
12. BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS.....	84



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA - NEONATAL Y
EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA “CLÍNICA
HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO”.
CUENCA. 2010.**

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA*

AUTORAS:

GABRIELA FILOMENA GONZÁLEZ NAULA
JESSICA ALEXANDRA GUALLPA BAJAÑA

DIRECTOR:

PHD. JOSÉ ORTÍZ SEGARRA

ASESORA:

MGT. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

Cuenca – Ecuador
2011

AUTORAS:

GABRIELA GONZÁLEZ
JESSICA GUALLPA



RESPONSABILIDAD

La presente investigación es total confidencia y responsabilidad de las autoras.

Gabriela Filomena González Naula

C.I: 030239386-3

Jessica Alexandra Gualpa Bajaña

C.I: 030239357-3



AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia mi profundo agradecimiento a la Facultad de Ciencias Médicas, a toda su planta docente, en especial al Doctor José Ortiz Segarra y Licenciada Adriana Verdugo Sánchez, quienes en calidad de Director y Asesora de la Investigación, supieron compartir sus conocimientos y experiencias, enriqueciendo mi formación profesional y personal.

Al personal de la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo, en las personas del Dr. Marcelo Aguilar Moscoso, Director de la Institución, Dr. Carlos Ortiz, Médico Ginecólogo y responsable del Programa de la Salud Sexual y Reproductiva, al Ing. Miguel Juela, Jefe de Desarrollo Informático, quienes de manera desinteresada se involucraron en este proceso, gracias a su apoyo fue posible la realización de ésta investigación.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo humano, declarado en el Ecuador en el año de 1998, mediante acuerdo Ministerial N° 1804. En el mismo año el Honorable Congreso Nacional reforma la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en 1999 se dictan las Normas Nacionales de Salud Reproductiva, en el año 2005 se publica el “Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna” y en enero del 2006 se actualiza el Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna (MM). (1)

La Ley Orgánica de Salud, enfatiza en su artículo N° 3, que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado y el resultado de un proceso colectivo de interacción, donde el Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocurren en la actualidad alrededor de 650.000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados. Se calcula que cerca del 40% de las defunciones de niños menores de cinco años se produce en la primera semana de vida. (2)

En nuestro país, a pesar de las diversas acciones emprendidas en estos últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta y por ende un problema para el sector de la salud y la comunidad. Según el INEC, en el



año 2007 ocurrieron 176 muertes maternas (90.20 x 100 mil nacidos vivos), debido principalmente a hemorragias uterinas, sepsis, abortos, eclampsias y otras. (3)

Ante la ausencia de registros estadísticos, que den cuenta de forma rápida y oportuna de la morbilidad y mortalidad materna, nos vimos impulsadas en la realización de este proyecto de tesis que forma parte del programa de investigación “Tecnologías de Información y Comunicación - TIC- que tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay y Morona Santiago”.

El trabajo lo emprendimos en la Clínica de la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, institución que cuenta con una mayor cobertura en maternidad con énfasis en la atención del parto y recién nacido, teniendo como base principal la ciencia moderna y la humanización en el servicio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para las mujeres entre 15 y 49 años de edad que residen en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad e invalidez. (4)

La mayor parte de las muertes ocurren por cinco complicaciones obstétricas: hemorragia (25%), sepsis (15%), abortos inducidos inseguros (13%), hipertensión durante el embarazo (12%) y partos obstruidos (8%). Otro 20% es producto de circunstancias preexistentes que se agravan con el embarazo, entre ellas, la anemia, la malaria y la hepatitis. (5)

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia



(30.2%), hipertensión inducida por el embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%). Según los registros hospitalarios, el aborto también figura entre las causas de muerte en los servicios de salud. (6)

Actualmente el 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida. De los 350.000 niños que nacen cada día, 12000 mueren durante el periodo neonatal, el 98% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. La salud perinatal en Latinoamérica no ha mejorado en los últimos años. (7)

La Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo cuenta con una infraestructura moderna, que da atención a los diferentes grupos de la población con énfasis a la mujer durante sus etapas preconcepcional, concepcional y postconcepcional, sumado a la atención del recién nacido, sin embargo no cuenta con un sistema de red de registro computarizado que permita determinar la morbilidad materna y neonatal; así como el análisis del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad según las normas que establece el Ministerio de Salud Pública.

Situación que nos motivó a realizar el presente trabajo sobre la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, lo cual nos permitió obtener y exportar la valiosa información estadística que existe en este centro asistencial, sumado a ello la valoración de los estándares de calidad establecidos por el ministerio de salud pública.

Al implementarse el Sistema Informático Perinatal en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca, se consiguió determinar las características de la población atendida, evaluar los resultados de la atención brindada e identificar los problemas prioritarios de salud de la población.

Para ello nos valimos del Sistema Informático Perinatal (SIP) que es un sistema computarizado que facilita el almacenamiento y aprovechamiento de los datos obtenidos del formulario 051, registro que debe ser llenado



manualmente, ahora en forma digital en todas las consultas obstétricas según el decreto Ministerial.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Dentro de los Objetivos del Milenio (ODM), se destaca el objetivo 5 que se refiere a mejorar la salud materna, a disminuir la mortalidad materna y dar acceso universal a la salud reproductiva. La mortalidad y morbilidad materna, son consideradas un grave problema de salud pública, revelando profundas desigualdades en las condiciones de vida de la población y en la salud de las mujeres en edad reproductiva.(6) Como respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las que se destacan: el aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar; el acceso a servicios de atención prenatal de calidad, el parto limpio y seguro, y, el acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) para embarazos de alto riesgo y con complicaciones. (8)

Considerando que el momento del parto debería ser un momento de alegría, sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en muerte y veinte veces más de este número sufren lesiones o incapacidades graves que si no se tratan les pueden causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación. (9)

Según datos del INEC la muerte neonatal constituye el 57% de los casos de muerte infantil (menores de 1 año), 41.7% de mortalidad neonatal precoz y 15.3% de mortalidad neonatal tardía. Con base a los datos registrado durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue de 20.1%, dato por encima de las metas previstas en los Objetivos de Desarrollo del



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Milenio (ODM) para el año 2015. La muerte neonatal y especialmente la neonatal precoz (hasta los primeros 7 días) es la más representativa. (10)

Actualmente se carece de estudios que nos permitan determinar el porcentaje de morbilidad y mortalidad materna a nivel local, razón por la cual mediante la aplicación del Sistema Informático Perinatal, tuvimos acceso a una casuística confiable, contamos además con el análisis de los estándares de calidad, para mejorar la calidad de atención en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA



“Cada minuto muere una mujer debido a complicaciones derivadas del parto, alrededor de 529.000 todos los años y la gran mayoría son de países en desarrollo”. (11)

De acuerdo a la normativa para la atención del embarazo, parto y puerperio, son cinco las consultas a otorgar a cada mujer embarazada, número considerado con mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo y alto riesgo según la presencia de factores como: los extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), cesáreas previas, abortos, multiparidad, embarazo múltiple, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad, desnutrición, prematurez, defectos congénitos, etc.

2.1.1. MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como *“la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”*. (12)

Las muertes maternas pueden subdividirse en 2 grupos:



- **Defunciones obstétricas directas:** son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Defunciones obstétricas indirectas:** son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (13)

2.1.2. TASA DE MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo al SIISE16, se trata de un indicador de resultado que refleja la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y, por otro, evalúa la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo. (14)

En el Ecuador, a pesar de las acciones emprendidas en los últimos años, la mortalidad materna sigue siendo alta; según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2008 ocurrieron 165 muertes maternas causadas en los periodos de embarazo, parto, puerperio lo que determina una tasa de mortalidad materna de 80.0 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. A nivel de provincias, Guayas tuvo el mayor número de casos; la tasa más alta corresponde a Napo con 237.9 y le siguen en importancia las provincias de Pastaza, Imbabura, Cañar y Esmeraldas. En el Azuay se produjeron un total de 12 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 130.0 defunciones por 100.000 nacidos vivos. (15)



2.1.3. PRINCIPALES CAUSAS

Las principales causas de muerte materna son: las infecciones bacterianas, Enfermedad Hipertensiva inducida por el embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio, hipertensión durante el embarazo, embolismo del líquido amniótico y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas que causan muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo, estos fallecimientos obedecen no sólo a las fallas de los sistemas de asistencia médica, sino también a arraigados patrones de discriminación contra la mujer.

Según el INEC las principales causas de muerte materna en el año 2008 son: Hemorragias Pospartos con 25 casos con un porcentaje de 15.2% y una tasa de 12.1 por cada 1000 nacidos vivos; en segundo lugar está la Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa con 23 casos con una tasa de 11,2 y un porcentaje del 13.9%, en tercer lugar está la Eclampsia con 22 casos de muerte, un porcentaje de 13.3% y una tasa de 10.7 por 1000 nacidos vivos.

2.2. MORBILIDAD MATERNA

Se ha definido la morbilidad materna extrema como: *“una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna”*.

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) pueden ser inmediatas o mediatas, que afectan la salud de las mujeres en forma permanente en algunos caso graves.



De acuerdo a la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio, son 5 las consultas que se otorgan a cada mujer embarazada, número considerado con mínimo para garantizar una buena atención, cada una de ellas con enfoque de riesgo obstétrico y clasificándose como bajo o alto riesgo según la presencia de factores como: extremos de la vida (menor a 19 o mayor de 35 años), cesáreas previas, abortos, multiparidad, embarazo múltiple (más de 2 fetos), enfermedades crónicas degenerativas, obesidad o desnutrición, prematuridad, defectos congénitos, etc. (16)

2.2.1. CAUSAS DE MORBILIDAD

En el primer lugar de las complicaciones se encuentra el Parto obstruido con el 38.7% del total registrado, representa el 11% de las admisiones; en segundo lugar abortos el 27.9% de las complicaciones reportadas y el 7.9% del total de admisiones en tercer lugar esta otras complicaciones con el 24.7% de los casos complicados y el 7% de las admisiones; en cuarto: Hipertensión del Embarazo con 4.5% total de las complicaciones y el 1.3% de las admisiones; en quinto: hemorragias 1.6% del total de complicaciones y el 0.5% de las admisiones; en sexto: encontramos partos prolongados 1.5% del total de complicaciones y el 0.4% de las admisiones; séptimo: están los embarazos ectópicos 0.7% del total de complicaciones y el 0.2% de las admisiones; en octavo: abortos en condiciones inseguras con el 0.3% del total de complicaciones y el 0.1% de las admisiones. (17)

2.3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL

El recién nacido pertenece al grupo más vulnerable en el que la mayoría de las condiciones que producen enfermedad pueden ser prevenibles o fácilmente tratables. El momento del posparto y los días siguientes a este son los que requieren mayor cuidado profesional diligente y eficaz para brindar seguridad a los padres en el manejo y cuidado de su hijo.



La gran mayoría de las muertes infantiles ocurren durante el primer mes de vida, período durante el cual el riesgo de que un bebé muera es mayor que en cualquier otro momento. De allí nace la inquietud por conocer en nuestra realidad las causas que más frecuentemente hacen que los recién nacidos que son dados de alta con sus madres después de un parto normal o de una post-cesárea sin complicaciones, reingresen y requieran de hospitalización y/o manejo médico. (18)

2.3.1. MORTALIDAD NEONATAL

Es la muerte del producto vivo entre 0 a 27 días, se subdivide en:

Mortalidad neonatal precoz (MNP): muerte desde el nacimiento hasta la primera semana de vida (0-6 días):

Mortalidad neonatal precoz I (MNPI): Ocurre en las primeras 24 horas, se debe asfixia y malas maniobras de reanimación, dificultad en la adaptación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares.

Mortalidad neonatal precoz II (MNPII): Comprende desde el 2º día de vida hasta el 6º día, se debe a la falta de capacidad de terapia de soporte.

Mortalidad neonatal tardía (MNT): Muerte ocurrida entre los siete días y 27 días. Se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil. Se expresa por 1 000 nacidos vivos. (19)

2.3.1.1. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

Según el SIISE2, se trata de un indicador de resultado que refleja varias situaciones de salud ligadas con la madre y su atención de salud durante el embarazo, parto y puerperio referidas sobre todo a sus estados nutricionales, a los riesgos y presencia de Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, entre otras.



Refleja de manera indirecta la disponibilidad de servicios de salud, los niveles educativos de las madres y su calificación para el cuidado infantil, las condiciones socio-sanitarias de los hogares, el acceso a agua potable y/o segura y a saneamiento ambiental y, en general, los niveles de pobreza y bienestar del medio familiar.

2.3.1.2. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de mortalidad neonatal registradas en el 2008 tenemos: los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte ocupa el primer lugar con 476 casos significando el 14.1 del total de muertes infantiles y una tasa de 2,3 por cada 1000 nacidos vivos; el segundo lugar la Neumonía, organismo no especificado con una tasa de 1,6 y un porcentaje del 9,6% ; le sigue en importancia la causa originada por la Sepsis bacteriana del Recién Nacido con una tasa del 1,1 por cada 1000 nacidos vivos y un porcentaje del 6.9 %; en cuarto lugar dificultad respiratoria del recién nacidos con un total de 152 casos una tasa de 0,7 por cada 1000 nacidos vivos y un porcentaje de 4.5%. (20)

2.3.2. MORBILIDAD NEONATAL

2.3.2.1. CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL

- Dificultad respiratoria del recién nacido.
- Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido.
- Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal.
- Ictericia neonatal.
- Sepsis bacteriana del recién nacido.
- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.
- Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido.
- Neumonía.



- Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal.
- Síndromes de aspiración neonatal. (21)

Uno de cada cuatro fallecimientos es causado por dificultad respiratoria del recién nacido. El retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal junto con la sepsis bacteriana del recién nacido constituyen la mitad de las causas de las muertes neonatales.

Los cuidados al Recién Nacido que con menor frecuencia se cumplen en los hospitales evaluados son: valoración objetiva del dolor, lactancia materna, termo regulación, cuidado de la piel, prevención de retinopatía y factor de neurodesarrollo; cuidados respiratorios, cuidado centrado en la familia, técnicas de respiración, infectológicos y monitorización clínica.

2.4. ESTÁNDARES DE CALIDAD

En el año 2005, se conformó un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normatización del Sistema Nacional de Salud, de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y apoyo técnico. Bajo la conducción de este equipo, son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo. Bajo acuerdo ministerial V, se declaró al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, encargando su coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación a la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud a través de la Dirección de Normatización. El segundo CIE de acción de este plan, corresponde a las prestaciones en los componentes: materno perinatal, emergencias obstétricas, planificación familiar y uno de los líneas estratégicos es el mejoramiento de los servicios.



En el año 2006 se inicia una investigación operativa para medir el efecto de la adecuación cultural sobre la atención obstétrica en ocho hospitales cantonales (Alausí, Chillones, Saquisilí, Pangua, San Miguel, Chunchi, Cañar y Pujilí) y en 4 provincias del país (Cotopaxi, Bolívar, Chimborazo y Cañar), con alta población indígena y en donde la mortalidad materna y el parto domiciliario son significativos.

Para el 2007, el MSP desarrolla el Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y en la maternidad de Santa Roso en la provincia del Oro. En estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma de atención en las complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidas para el manejo de las complicaciones, las que serán difundidas a más provincias en un segundo momento del modelo colaborativo. Esta colaboración logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalario de causas obstétricas.

En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “manual de Estándares, Indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en muchas provincias. Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del MSP los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008.

El presente documento presentó un conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñadas para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma. Cada instrumento contó con su



respectivo instructivo, en el que se indico como obtener los datos, el llenado del formulario y procesamiento del mismo. (22)

2.5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

El Ministerio de Salud Pública define operativamente la calidad esperada para la atención de la salud materno-neonatal, mediante el establecimiento de un paquete de estándares básicos que constan en el presente documento en anexo N° .Para construir este set de estándares el MSP tomó como guía básico el documento “Norma Materno Neonatal” del MSP del 2008.

Subsistema de monitoreo y reporte de los indicadores de calidad de la atención materno neonatal.

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores, que son herramientas de análisis cuantitativo de la calidad. El monitor es un aporte muy importante del sistema de garantía de calidad, y para que funcione de forma eficiente se debe considerar las siguientes acciones:

Definir estándares e indicadores de calidad.

- Recolección periódica de la información necesaria para construir los indicadores por los equipos de mejora continúa en las unidades.
- Flujo y reporte de la información que asegure la presentación, análisis, retroalimentación de los resultados en las instancias adecuadas desde y hacia las Áreas de Salud, Hospitales Cantonales y Provinciales, la Dirección Provincial de Salud, el nivel Central y su difusión para la toma de decisiones técnicas y políticas. (23)



2.6. ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN MATERNA.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención materna.

2.6.1. CONTROL PRENATAL

Estándar: En toda mujer embarazada, en su control prenatal (en cualquier semana de gestación) se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades: Antecedentes personales y obstétricos, Semanas de amenorrea, Determinación de la tensión arterial, Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF) en embarazos > 20 semanas, Sangrado genital (SI APLICA), Actitud fetal (presentación posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación, Evaluación del estado nutricional, Verificación, Indicación o registro de vacunación antitetánica según norma del MSP, Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg), Prescripción de: Acido fólico tabletas 1mg (hasta 12 semanas de gestación), solicitud o resultados de exámenes prenatales: grupo, factor, VDRL, Hb, Hto, glucosa, VIH, EMO, Proteinuria en tirillas de embarazos > 20 semanas.

2.6.2. ATENCIÓN DEL PARTO

Estándar: En todos los partos atendidos se aplicará y registrará las siguientes actividades: graficar correctamente la curva de alerta de dilatación cervical del partograma, graficar correctamente la curva real de la dilatación cervical del partograma, registro del descenso de la presentación en el partograma, control y registro de la tensión arterial, control y registro de actividad uterina (frecuencia y duración), control y registro de la frecuencia cardiaca fetal.



Estándar: En todos los partos atendidos con partogramas se aplicarán y se registrará las siguientes actividades en las que se observarán desviaciones de la curva de dilatación cervical: valoración máxima en 30 minutos (del inicio del cambio de la curva) por un médico, manejo terapéutico de la desviación según diagnóstico.

2.6.3. ATENCIÓN POST- PARTO

Estándar: En todo post parto inmediato atendidos en las unidades operativas deberá controlarse y registrarse en la historia clínica perinatal en 3 controles obligatorios durante las primeras 2 horas las siguientes actividades: registro de la hora, temperatura, pulso, tensión arterial, involución uterina, características de los loquios

2.6.4. PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL PROFESIONAL CALIFICADO

Estándar: el 100% de los partos atendidos en hospitales básicos y generales serán atendidos por personal profesional calificado (médico/a u obstetriz)

2.6.5. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Estándar: Toda paciente con Eclampsia, Pre eclampsia, Hemorragias Obstétricas, Infección/fiebre de causa Obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis; amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas se deberá manejar de acuerdo a la norma.

2.6.6. TASA HOSPITALARIA DE LETALIDAD POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Estándar: la tasa de letalidad hospitalaria por complicaciones obstétricas directas (del embarazo) no deberá superar el 1%. (24)



2.7. ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN NEONATAL.

El Ministerio de Salud Pública establece los siguientes estándares e indicadores para medir la calidad de la atención neonatal:

2.7.1. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO.

Estándar: todo recién nacido a término se deberá realizar y registrar en la historia clínica las siguientes actividades: medidas antropométricas, Apgar, registro de realización o no de reanimación, examen físico, administración de vitamina K, profilaxis oftálmica, apego y lactancia materna precoz.

2.7.2. RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL CALIFICADO

Estándar: el 100% de recién nacidos en los hospitales básicos y generales serán atendidos por médicos u obstetras.

2.7.3. COMPLICACIONES NEONATALES

Estándar: todo recién nacido con infección, trastornos respiratorios, prematuros, bajo peso se deberá manejar de acuerdo a la norma.

2.7.4. TASA HOSPITALARIA DE MORTALIDAD NEONATAL

Estándar: se registrará todas las muertes de recién nacidos vivos ingresados y que murieron mientras estaban en el hospital hasta los 28 días de nacido.

2.8. TERMINOLOGÍA NEONATAL

- **Periodo neonatal:** primeros 28 días de vida.



- **Recién Nacido Prematuro:** recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas.
- **RNPreT:** (recién nacido prematuro)
- **Muerte neonatal Precoz:** es la muerte de un recién nacido vivo hasta los primeros 7 días de vida postnatal
- **Muerte Neonatal Tardía:** es la muerte de un recién nacido que se produce después de los 7 días, antes de los 28 días de vida postnatal.

2.9. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

El uso de internet, software y aparatos que se integran al sistema de información interconectado para el análisis, intervención y comunicación de los problemas de salud perinatales es deficitario entre las instituciones de salud pública y privadas.

El MSP ha implementado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna -SVEMM- para reporte y análisis de casos de muerte materna e inicia el desarrollo del sistema de vigilancia de la muerte neonatal, pero en ambos casos no se cuenta con información prospectiva sobre el manejo de casos clínicos y el reporte de casos de morbilidad grave que pueden ser fortalecidos con esta propuesta.

2.9.1. FINALIDAD Y OBJETIVO DEL PROGRAMA TIC

El programa Tic pretende contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay.

Además implementar procedimientos con el uso de Tecnologías de Información y Comunicación para la capacitación del personal de salud para la aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la



atención de los problemas de salud perinatal, manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal.

El Portal web en funcionamiento integra procedimientos para la migración de datos generados por el SIP sobre vigilancia epidemiológica, capacitación a distancia, intercambio de experiencias, difusión que sirvan de insumo para el desarrollo de investigaciones colaborativas metacéntricas y educación comunitaria.

2.9.2. BENEFICIOS

Contar con un sistema de vigilancia epidemiológica materna y neonatal que funcione adecuadamente mediante la implementación de:

- Sistemas Informático Perinatal instalado en red que conecte a los 10 hospitales de la provincia del Azuay.
- Contar con personal capacitado para el manejo del SIP en cada hospital.
- Realizar reportes mensuales de análisis del SIP en cada hospital los datos se copilan y se envían al Ministerio de Salud y a la Facultad de Ciencias Médicas, para su procesamiento y retroalimentación.
- Programa de capacitación permanente para el manejo del SIP dirigido a los estudiantes del internado rotativo, residentes y tratantes de los servicios de Obstetricia y Pediatría de los Hospitales participantes.
- Evaluación de la calidad de los hospitales en cuanto al Cuidado Obstétrico y Neonatal de Emergencia, en lo que se refiere a: personal, infraestructura, medicamentos, equipos e insumos.
- Investigación ejecutada, en la que se ha evaluado un programa de capacitación sobre el uso de prácticas comprobadas



científicamente como beneficiosas en la atención materna y neonatal.

- Gestiones de los hospitales para la dotación de personal y recursos, sustentadas en el perfil epidemiológico y evaluación de la calidad de los servicios. (25)

2.10. SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

La historia clínica perinatal constituye la fuente de datos con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

El CLAP/SMR como respuesta a esta necesidad, ha elaborado la propuesta de sistema informático perinatal que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente. Está constituido por la historia clínica perinatal (HCP), el carné Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.

El procesamiento tradicional de datos proporciona estadísticas anuales, que raramente llegan al propio personal de salud y cuando llegan, no responde a las necesidades del proveedor, porque no hay beneficio de “retroalimentación”, aspecto indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud.

Ante estas dificultades, el Sistema Informático Perinatal dispone de programas de procesamiento de datos, que permite que la información pueda ser usada en la institución en donde se realizó la atención.



El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos que resumen la actividad de la institución en un período dado y que pueden ser también elementos de investigación más específica.

El procesamiento local de los datos con estos programas, fortalece la capacidad de auto-evaluación de la atención perinatal mediante el análisis de datos en la propia Institución asistencial, hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud realizados que facilita la comunicación intra y extra institucional, favorece el cumplimiento de las normas, registra datos de interés legal y permite la auditoria esta situación sirve de base para la planificación de la atención al proveer la información necesaria para identificar a la población, evaluar la asistencia, categorizar los problemas y realizar investigaciones operativas.

2.10.1. COMPONENTE INFORMÁTICO

El Sistema Informático Perinatal (SIP) ideado por el CLAP/SMR en 1983, incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP) el partograma, el Carné Perinatal (CP) y los programas para computadores personales.

Los programas del Sistema Informático Perinatal permiten el ingreso de Historias Clínicas Perinatales y su almacenamiento en bases de datos para su posterior procesamiento. El análisis de las bases de datos se realiza a través de programas automatizados que incluyen indicadores preestablecidos o a través de programas de selección y descripción de variables que permiten realizar análisis más específicos y complejos.



2.10.2. ETAPAS EN EL USO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL

- Llenado del Carnet Perinatal, Historia clínica perinatal base y en caso necesario los formularios complementarios.
- Ingreso de datos al alta de la puérpera y del neonato.
- Análisis de los datos y toma de decisiones.
- Retroalimentación a todo nivel.
- Envío de los archivos al Ministerio de Salud Pública.

Estos pasos para el uso del SIP requieren motivación y capacitación del personal de salud, por lo que se recomiendan sesiones de adiestramiento periódicas en llenado de formularios y en el uso de los programas para obtener el éxito deseado.

La cobertura total se logra cuando la historia clínica perinatal de cada uno de los partos y abortos se ingresa al archivo del SIP. Para obtenerla es indispensable establecer un riguroso mecanismo de control diario de recepción de historias para su ingreso al computador. La base de datos generada por los programas de computación permite analizar los datos en la misma institución de salud y realizar una autoevaluación asistencial. Al consolidar la información perinatal de varias instituciones se constituye en una base de datos regional o nacional que sirva para la planificación de intervenciones. (26)

2.11. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La Historia Clínica Perinatal (HCP) deberá facilitar la atención, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las normas de tal manera que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones.



Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

La riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica Perinatal permite constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios, monitorizar indicadores claves y realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.

La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato. Se listan preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas. La diagramación de la HCP facilita que los datos sean recabados sistemáticamente en el momento oportuno. El manual de instrucciones (Publicación CLAP/SMR N° 1563) ayuda en todos los casos a uniformizar el registro.

La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido. Es de uso sencillo y de bajo costo. (27)



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y los estándares de calidad en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las primeras causas de morbilidad materna y neonatal en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca.

Analizar el comportamiento de los estándares e indicadores de calidad según la norma de MSP, que contemplan personal, infraestructura, equipos, medicamentos e insumos, en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca.

Elaborar una propuesta de gestión para el mejoramiento continuo de la calidad de atención materno-neonatal.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa y documental, realizada en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca, en las Salas de Prepartos, Partos, Posparto y Neonatología. Se realizó con base al análisis del SIP y los estándares e indicadores de calidad del MSP

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

La Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca, es una institución privada sin fines de lucro, dedicada al cuidado de la salud de la comunidad, especialmente en el área materno - infantil; se encuentra ubicada al sur occidente de la Ciudad de Cuenca en la avenida Carlos Arízaga Vega entre Roberto Crespo y Av. las Américas. Tiene una capacidad para 30 camas, distribuidas de la siguiente manera: 14 para ginecología, 10 para pediatría y neonatología y 6 para cirugía y clínica. El personal que labora en la Clínica Humanitaria corresponde a: 40 médicos, 1 odontólogo, 6 internos de medicina, 23 enfermeras, 16 auxiliares de enfermería, personal administrativo y de guardianía.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que tuvieron sus partos en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca y los recién nacidos atendidos en esta casa de salud, durante el año 2010.



4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La investigación contempla las siguientes unidades de análisis:

- Primera unidad de análisis:
 - Servicio de obstetricia que brinda atención obstétrica mediante el llenado de:
 - Formulario 051. (Anexo 1)
 - Sistema Informático Perinatal (SIP).
 - Historia Clínica.
- Segunda unidad de análisis: servicio de neonatología, en el que se evalúa los recursos, condiciones y prácticas que corresponde a los servicios de atención neonatal de emergencia.
- Tercera Unidad de Análisis:
 - Estándares e Indicadores de Calidad.
 - Reportes y Datos Estadísticos procesados en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.5.1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.

Análisis documental.

Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes (fase diagnóstica).

Revisión de expedientes de vigilancia epidemiológica y registros estadísticos

Observación directa de la infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos médicos de los diferentes



servicios involucrados en la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

4.5.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- SIP
- Historias Clínicas
- Formulario de estándares e indicadores de calidad
- Partes diarios.

4.6. CAPACITACIÓN, TRABAJO DE CAMPO Y PROCESAMIENTO

La capacitación recibida estuvo a cargo del Dr. José Ortiz Segarra, Director del Programa “TIC”. En el mes de marzo de 2010 se realizó una reunión para la socialización del programa de investigación. En el mes de Abril se ejecutó un taller de capacitación y adiestramiento acerca del software del SIP, desde el mes de Junio nos hemos reunido todos los jueves a las 12 del mediodía para recibir capacitación e informar sobre los avances y limitaciones en la ejecución del programa.

Visitamos el área de estadísticas de la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca para obtener las historias clínicas de madres y neonatos atendidos durante el año 2010.

Se realizó una revisión bibliográfica que nos permitió obtener la información correspondiente de la prevalencia de morbilidad materna y neonatal, sus factores de riesgo y manejo del recién nacido.

Se realizó el chequeo del libro de partos del área de Obstetricia, para confirmar los datos anotados en la historia clínica.

Se revisó que el formulario 0-51, tenga todos los datos necesarios para pasarlos al SIP.



Se constató el número de partos diarios, verificando con el número de la historia clínica de la usuaria.

Se grabó en el SIP todos los datos de la Historia Clínica Perinatal (HCPN) manteniendo un archivo de respaldo para posteriormente enviarlo via email a los Ingenieros Miguel Juela (Fundación) y Gabriel Carpio (Facultad de Ciencias Médicas)

Se verificó y evaluó los Estándares de calidad de acuerdo a formularios dados por el MSP.

Se registró las muertes maternas en el formulario que se encuentra en vigencia.

4.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron recolectados de manera directa mediante la transcripción de los manuscritos del formulario 051, para lo cual coordinaremos con el departamento de estadística quienes nos facilitaron las historias clínicas y las hojas del CLAP de las madres y neonatos atendidos durante el año 2010, estos datos fueron comparados con el libro de partos y de recién nacidos que se encuentra en la unidad de Centro quirúrgico (sala de partos) y de neonatología, respectivamente.

Trabajamos en el espacio informático asignado por la fundación para la ejecución del proyecto, ubicado en la segunda planta, en el consultorio de Gineco – Obstetricia, el mismo que cuenta con una computadora y cámara skype que monitorea las acciones que allí se emprenden.



Fuente: Lugar donde se tiene acceso al SIP
Autora: Gabriela González Naula. Investigadora

En el equipo de cómputo del proyecto, los internos de medicina transcriben a formato digital los datos encontrados en la hoja del CLAP,



los mismos que son revisados y completados por la autora de la investigación.

4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Luego de verificar los datos de las Historias Clínicas y de los libros de partos y recién nacidos se efectuó el recuento, revisión y corrección de los mismos para luego ingresarlos en una base de datos y hacer el análisis estadístico mediante el SIP, el software Excel 2007, Epi Info y los estándares e indicadores de calidad del MSP. Las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos son frecuencias y porcentajes, los mismos que son representados a través de tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable, también se identificó la frecuencia de mortalidad materna y neonatal, los factores de riesgos asociados, el cumplimiento de las normas de manejo y atención a la madre y al recién nacido.

4.9. AUTORIZACIÓN

La investigación contó con la autorización del Director de la Institución y del personal del área de estadística de la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca. Contamos con el apoyo del personal Médico y de Enfermería del área de Gineco-Obstetricia y Neonatología.

4.10. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar estos aspectos, todos los datos ingresados son de absoluta confidencialidad, nunca serán procesados o publicados con los nombres de las usuarias. Previo a la ejecución de esta investigación se



obtuvo el consentimiento informado por parte del Comité de Ética de la Institución el mismo que contiene los siguientes aspectos:

- La voluntad de participar.
- Objetivo de la investigación.
- Los procedimientos a los que se someterá la información.
- El tiempo que durará el estudio.
- Los beneficios que recibirá.
- La confidencialidad de la información.
- Los derechos como participante



CAPÍTULO V

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA “CLÍNICA HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO”



FUENTE: Vista frontal de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo

Autora: Gabriela González Naula. Investigadora

DATOS GENERALES

Nombre de la institución: Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, ubicada en la Avenida Carlos Arizaga Vega, entre Roberto Crespo y Av. De las Américas.

Tipo de institución: es una institución privada sin fines de lucro, dedicada al campo de salud, especialmente en el área materno-infantil.

AUTORAS:
GABRIELA GONZÁLEZ
JESSICA GUALLPA



DATOS HISTÓRICOS

Fue creada legalmente en Noviembre de 1988 mediante acuerdo ministerial 2664 del Ministerio de Bienestar Social. Esta obra es el sueño de Don Pablo Jaramillo Crespo, hecho realidad por sus familiares, después de su partida en Agosto de 1976.

Don Pablo Jaramillo Crespo era un ciudadano bondadoso, capaz y amigo, demostraba siempre una inclinación muy equilibrada hacia los auténticos valores humanos y espirituales; su preocupación por los pobres estaba entre sus prioridades.

5.2. MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

- **MISIÓN**

“Somos una institución privada sin fines de lucro, que presta ayuda social a través de servicios integrales de salud con calidad y profundo sentido humanitario-cristiano, son de su base primordial es el amor y el respeto al prójimo. Orientamos la atención prioritariamente a mujeres, adolescentes y niños” (28)

- **VISIÓN**

“Dar servicios de salud con calidad a las personas más necesitadas, transmitiendo un mensaje de vida con Inspiración Cristiana”. (28)

- **OBJETIVOS**

- Contribuir a la disminución de la mortalidad materno-infantil del Cantón Cuenca y del Austro del país.
- Incrementar el nivel de coberturas para dar una atención integral a la familia.



- Crear, apoyar y desarrollar obras de ayuda social.
- Cuidar de qué junto con el apoyo material llegue la ayuda espiritual

5.1. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN

La Fundación mantiene un sistema de categorización al paciente basado en un estudio socioeconómico que lo realiza el departamento de Trabajo Social y que permite definir la capacidad de pago del usuario y el nivel de subsidio que asume la Fundación.

Las categorías definidas son:

- **Categoría A:** Corresponde a pacientes muy pobres que tienen derecho a ser atendidos sin costo en consulta externa y con un subsidio del 80% del costo total, en los demás servicios.
- **Categoría B:** Pacientes pobres que reciben un subsidio del 60% del costo total en todos los servicios.
- **Categoría I:** Paciente con recursos limitados que reciben un subsidio del 20% del costo total en todos los servicios.
- **Categoría C:** Pacientes con recursos limitados que pagan el 5% más del costo total en todos los servicios.
- **Categoría D:** Pacientes con posibilidad de pagar un 10% más del costo Total en todos los servicios.

5.2. VOLUNTARIADO

La Institución cuenta con un comprometido grupo de voluntariado que además de asumir algunas funciones dentro de la organización, trabaja



buscando solución a diferentes problemas de los pacientes muy pobres; por ejemplo mantiene un programa de becas para estudios de aproximadamente 100 niños de familias usuarias de la Fundación, a través del cual se les apoya con los costos de matrículas, uniformes y útiles escolares; además de realizar el seguimiento durante el año escolar. Esta actividad entre otras merece el reconocimiento de la comunidad y la propia Institución.

5.3. DONACIONES

La Fundación por su labor efectiva ha sido favorecida con donaciones realizadas por instituciones como CARE-Apolo, quienes en base a un convenio han apoyado con la ampliación del área de hospitalización y la implementación de un sistema de información gerencial; el INNFA con la donación de equipos de diagnóstico para el área materna y medicamentos para pediatría; la Embajada del Japón con la donación de un equipo de video endoscopía digestiva y un equipo de anestesia; los Colaboradores Catalanes con la donación de dos monitores neonatales. Estas donaciones han contribuido al incremento de las coberturas de atención.

5.4. ÁREA SOCIAL

Acción Humanitaria

Desarrolla actividades solidarias que permiten cerrar el círculo de ayuda para la familia, privilegiando y velando por su calidad de vida, por sobre todas las cosas.

Plan Padrino

Busca que personas generosas apoyen a familias de escasos recursos en áreas como: vivienda, educación, vestuario, alimentación y desarrollo de actividades productivas.



Plan Madre

Busca la atención integral a la mujer en el embarazo, parto y posparto, es el paquete de servicios integrales que comprende el control médico periódico, exámenes de laboratorio, ecografías y talleres de preparación para el parto; con la posibilidad de que su costo sea cancelado en cómodas cuotas.

5.5. CAPACIDAD Y RECURSOS

Los recursos económicos con los que trabaja, provienen de 2 fuentes de financiamiento que son: los ingresos por cobro de servicios en un 70% y las donaciones de las empresas del grupo Jaramillo Crespo en un 30% capital que cubre la actividad operativa de la institución.

Con una eficiente administración de recursos, busca alcanzar la auto sostenibilidad cada año y brindar una atención de calidad, además de convertirse en un modelo de salud replicable.

Recursos humanos:

El capital más importante de la Fundación es su Factor Humano, pues cuenta con 142 empleados entre Médicos, Enfermeras, Personal Administrativo y de Servicio, que consciente con la misión de la institución, participan activamente y con mística en la consecución de los objetivos propuestos.

La capacidad de la fundación es de 16 consultorios para la atención en consulta externa, 46 camas para el área de hospitalización (20 para Gineco-obstetricia, 10 para pediatría, 4 para cirugía, 14 cunas para la unidad de neonatología).



5.6. SERVICIOS

Ofrece atención médica en **Consulta Externa**, servicio que se lo hace con calidad y calidez, con un aproximado de **65.000 consultas**.

Se ha priorizado el área **materno-infantil** atendiendo al **22% de los partos y cesáreas de la provincia del Azuay**. Dentro de este contexto médico tenemos:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Cirugía Pediátrica
- Estimulación Temprana
- Cirugía General
- Medicina Interna
- Dermatología
- Psicología

Busca el óptimo **servicio médico** por lo que se cuenta con Auxiliares de Diagnóstico que respaldan la gestión médica, cuyas atenciones.

Cuenta con los servicios de:

- Laboratorio
- Rayos X
- Ecografía
- Colposcopia
- Electrocardiografía
- Odontología
- Farmacia

La calidad humana contribuye a que los costos sean accesibles y equitativos, lo que ha permitido hospitalizar alrededor de **3.500 pacientes materno-infantiles**, siendo su mayor actividad en el campo obstétrico con **1.285 partos**.



En área de hospitalización cuenta con las siguientes especialidades:
Ginecología y Obstetricia

- Pediatría
- Neonatología
- Cirugía
- Cirugía Pediátrica
- Medicina Interna

El servicio de **Emergencia atiende las 24 horas** en las áreas de:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Cirugía.

Espacio Joven, un servicio dedicado a la atención exclusiva, diferenciada e integral de los y las adolescentes; ha tenido gran aceptación en los jóvenes azuayos, es así que se han atendido, alrededor de **8.000 consultas médicas**.

Las especialidades que cubre Espacio Joven son:

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Psicología
- Consejería
- Preparación para el parto.



CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Una vez compilada la información, las hemos organizado en tablas que nos proporciona el SIP, cada uno de los datos fueron depurados a fin de que la información sea objetiva de acuerdo al formulario 051 que se encuentra en las historias clínicas de las usuarias. Es necesario anotar que una variable que nos proporciona el registro del SIP, es la que indica “sin dato”, es por ello, que en las tablas vamos a encontrar este parámetro.

A continuación presentamos los resultados que corresponden a 1285 mujeres que tuvieron su parto en la en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo, durante el año 2010 y que fueron registrados en el programa SIP previa comprobación con el libro de partos de la Institución.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.1. Características generales de las mujeres atendidas

TABLA Nº 1

Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo según las características generales. Cuenca 2010.

Variable	Nº	%
Edad en años		
Sin dato	11	0,9
< 19	245	19
19 a 34	892	69,5
> 35	137	10,6
Raza		
Sin dato	14	1
Blanca	1	0,1
Indígena	2	0,2
Mestiza	1266	98,5
Negra	2	0,2
Analfabetismo		
Si	34	2,6
No	1225	95,3
Falta dato	26	2,1
Estado civil		
Casada	745	58
Unión estable	286	22,3
Soltera	198	15,4
Otro	16	1,2
Sin dato	40	3,1

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Análisis de Datos generales

La presente tabla nos permite observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, el 69,5% de mujeres atendidas al momento del parto tienen una edad comprendida entre 19 a 35 años, el 19% son adolescentes y el 10,5% son mayores de 35 años, la edad es un parámetro para la determinación de riesgo obstétrico, considerando que la edad materna ideal está comprendida entre los 18-35 años.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El 98,5% corresponden a la raza mestiza y el 0,5% a las razas negra e indígena. Se ha incluido este dato en la Historia Clínica Perinatal debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afro descendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables. En todos los casos las opciones de respuesta incluyen los nombres de las etnias y razas específicos del país.

El 2,6% de las mujeres son analfabetas, la educación es un derecho humano y un elemento indispensable para el progreso económico y social. Debe reconocerse que el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la educación es un requisito fundamental para la potenciación de la mujer, y un instrumento fundamental para lograr los objetivos de igualdad de género, desarrollo y paz.

El 58% de las madres son casadas, el 22,3% tienen unión estable, 15,4% son madres solteras y el 4,3% no especifican su estado; Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer a menudo únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes: la función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida en el que prima su desarrollo personal antes que una unión sentimental. Por tanto, por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola, sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.2. Antecedentes Gineco Obstétricos de las mujeres atendidas

TABLA N°2

Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo según antecedentes Gineco Obstétricos. Cuenca 2010.

Variable	N°	%
Gestaciones		
1 a 3	672	41,2
Múltiparas	83	52,3
Nulíparas	530	6,5
Abortos previos		
0	1083	84,3
1 a 4	189	14,7
Sin dato	13	1
Embarazo planeado		
No	715	55,6
Si	522	40,6
Sin dato	48	3,8
Cesáreas previas		
0	1019	79,3
1 a 2	225	17,5
2 a 5	11	0,9
Sin dato	30	2,3
Fracaso anticonceptivo		
No usaba	999	77,7
Natural	104	8,1
Barrera	34	2,6
Hormonal	81	6,3
DIU	25	1,9
Sin dato	2	3,3

Elaboración: la autora

Fuente: SIP



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Análisis de Antecedentes Gineco Obstétricos

En la presente tabla podemos observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo el 52,3% son multíparas, el 41,2% tienen de 1 a 3 hijos y el 6,5% son nulíparas.

El 84,3% de madres refieren no tener abortos, el 14,7% presentan de 1 a 4 abortos; se consideró como Aborto a la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr. Talla fetal de 25 cm. Y 18 cm coronilla.

El 55,6% de usuarias indicaron que su embarazo no fue planeado, el 77,7% refirió no haber usado ningún método anticonceptivo, el 8,1% utilizó el ritmo como método natural de planificación familiar, Muchas parejas piensan que no necesitan planificar, o lo hacen con métodos inútiles como el ritmo y naturalmente consiguen un embarazo indeseado a menos que sufran infertilidad, el emplear un método de planificación inadecuado tiene grandes posibilidades de originar infertilidad.

Además el emplear métodos anticonceptivos inadecuados para cada pareja -pues no a todas sirven todos los métodos, suele causar desde embarazos indeseados, graves consecuencias incluyendo infertilidad, e incluso la muerte.

Y el 18,4% manifestaron haber tenido cesárea previa, es una realidad incuestionable que el recurso a la cesárea se ha ido banalizando en los últimos años y que se opta por la solución quirúrgica del parto de forma casi sistemática ante el menor síntoma de complicación en el parto, los estudios recientes señalan un mayor riesgo en embarazadas con cesárea previa ante el peligro de desgarros en el útero como consecuencia de las incisiones quirúrgicas.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.3. Gestión actual y atención prenatal de las mujeres atendidas

TABLA N°3

Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo según Gestión actual y atención prenatal. Cuenca 2010.

Variable	N°	%
EG confiable		
Por FUM	954	74,2
Por ECO	251	19,5
Falta dato	80	6,3
Antirrubeola previa		
Previa al emb.	30	2,4
No sabe	134	10,5
No se puso	1092	85
Embarazo	5	0,3
Falta dato	24	1,8
Antitetánica		
No	914	71,1
Si	347	27
Sin dato	24	1,9
Odontológico		
No	826	64,2
Si	446	34,8
Falta dato	13	1
Mamas		
No	558	43,4
Si	712	55,5
Falta dato	15	1,1
Cérvix/PAP		
normal	287	22,3
no se hizo	969	75,4
Anormal	1	1
Falta de dato	17	1,3
Bacteriuria mayor de 20s		
No se hizo	403	32,1
Negativo	485	38,6
Positivo	253	20,1



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Falta dato	115	9,2
Bacteriuria menor de 20s		
No se hizo	333	26,5
Negativo	612	48,8
Positivo	244	19,4
Falta dato	67	5,3
Factor Rh		
Rh +	1181	92
Rh -	8	0,6
Falta dato	96	7,4
Estreptococo B		
Negativo	3	0,2
Positivo	0	0
No se hizo	1223	95,2
Falta de dato	59	4,6
Fe/Folatos		
No	165	12,8
Si	1073	83,5
Falta de dato	47	3,7

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Análisis de Gestación actual y atenciones prenatales

Podemos observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo, el 74,2% de usuarias ingresaron al área, con el cálculo de su gestación basada en la fecha de la última menstruación (FUM), el 19,5% lo hicieron con ecografía (ECO).

El cálculo de la FPP en base a FUM, representa un dato significativo y más aún, cuando lo confirma la ecografía, según las normas que establece la sociedad la Obstetricia que toma en consideración la regla de Nagele para estos cálculos; los parámetros del Clap, nos dan indicadores de si FUM es confiable, en el presente estudio observamos que representa el 74.2%.

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes. En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control

El 2,4% de mujeres recibieron la vacuna Antirrubéola previa al embarazo, el 10,5% no lo realizaron por falta de información. El 27% indican que se han administrado la vacuna antitetánica. Las vacunas en la gestación representan un factor beneficioso en las zonas endémicas, previenen de enfermedades maternas y fetales y eviten que se presenten defectos al nacimiento.

La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

Durante los controles del embarazo, los exámenes odontológicos representa el 34,8%, exploración de mamas (55,5%) y de cérvix (23,3%). Para muchas mujeres marca el primer contacto con los servicios de salud, investigaciones recientes indican la asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, pre eclampsia y muerte fetal y la transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño y su efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños, por lo tanto se ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general, además del relacionado con la gestación actual

La detección de bacteriuria se realizó en el 58,7% de las mujeres, de los cuales el 20,1% fueron positivos, la bacteriuria asintomática se refiere a la presencia de bacterias que se multiplican activamente en las vías



UNIVERSIDAD DE CUENCA

urinarias sin provocar síntomas es sabido de que no desarrollarían pielonefritis y otro importante porcentaje terminaría en complicaciones durante el embarazo.

En 92% de mujeres se detectó el factor RH+.

El 95,2% refiere no haberse realizado el examen de Estreptococo B, cualquier persona puede ser portadora de este grupo de estreptococos y no tener síntomas. Sin embargo, si la madre lo es y no se trata adecuadamente, el bebé puede infectarse durante el parto y contraer alguna enfermedad grave como neumonía, sepsis o meningitis.

El 83,5% de las embarazadas recibieron hierro y folatos. Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta, excepto en aquellos países en los que existen programas específicos de fortificación de los alimentos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.4. Controles Prenatales de las mujeres atendidas

TABLA N°4

Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo según controles prenatales. Cuenca 2010.

Variable	N°	%
Carnet perinatal		
No	749	58,3
Si	432	33,6
Falta dato	104	8,1
Controles		
Sin dato	37	2,9
0	21	1,6
1	39	3
2 a 4	183	14,3
5 a 9	720	56
10 a 99	285	22,2

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Análisis de Controles Prenatales

Podemos observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo y de acuerdo con los criterios establecidos por el CLAP, el 2,9% no han recibido ninguna consulta prenatal, el 78,2% se han realizado 5 controles y más, el 17,6% entre 1 a 4 consultas.

El control prenatal un conjunto de acciones sistémicas y periódicas que deben llevarse a cabo desde la concepción hasta el inicio de trabajo de parto, que tienen como objetivo la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad, mortalidad materna y perinatal.

El 33,6% de las mujeres acuden al servicio portando su carnet al momento de la hospitalización para el parto o el aborto.



6.5. Atención del parto

TABLA N°5

**Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria
Fundación Pablo Jaramillo Crespo según: atención del parto. Cuenca
2010.**

Variable	N°	%
Acompañante		
Pareja	778	60,5
Familiar	359	27,9
Ninguno	48	3,7
Sin dato	94	7,3
Otro	6	0,5
Terminación		
Vaginal	649	50,5
Cesárea	453	35,3
Vacuum	1	0,1
Otra	8	0,6
Sin dato	174	13,5
Posición del parto		
Sentada	0	0
Acostada	1102	85,7
Cuclillas	1	0,3
Sin dato	182	14
Episiotomía		
no	712	55,4
si	381	29,6
Sin dato	192	15
Desgarros		
No	905	70,4
Sin datos	380	29,6
Grado		
I	162	12,6
II	29	2,3
III	1	0,1
Sin dato	1093	85
Ocitócicos pre alumbramiento		



UNIVERSIDAD DE CUENCA

No	637	49,5
Si	462	36
Falta dato	186	14,5
Analgesia. Tranquilizante		
No	309	24
Si	800	62,3
Falta dato	176	13,7

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Análisis de Atención del Parto

Podemos observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, el 60,5% de las mujeres estuvieron acompañadas por sus parejas, mientras que el 27,9% por su familiar y tan solo 3,7% acudió sola.

El 50,5% de los embarazos terminaron de manera espontánea, el 35,3% cesárea, 0,1% vacuum y 0,6% refiere que tuvo otra terminación del embarazo, el parto instrumental se realiza cuando alcanzadas las condiciones de aplicación instrumental, la progresión del parto se detiene más de media hora.

La posición de la paciente durante el período expulsivo: no se reportan casos en la posición sentada, acostada (85.7%) y en cuclillas (0.3%), es importante practicar con diversas posiciones de expulsión, de modo de saber cuál es más confortable para la parturienta.

Al realizarse la episiotomía, se produjo desgarros durante el parto: grado I (12,6%), grado II (2,3%), grado III (0,1%), uno de nuestros mayores miedos a la hora de **parir** de forma natural son los **desgarros** que se produce en el período de expulsión, es decir, cuando el bebé desciende por la vagina de su madre. los especialistas deciden si es necesario hacer una **episiotomía**, (incisión quirúrgica en la vagina), probablemente se produzca un mínimo desgarro, pero si considera que el desgarro puede ser mayor entonces es probable que haga una episiotomía.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se utilizó oxitócico en el pre alumbramiento o en el Postalumbramiento. Prealumbramiento incluye el uso de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de oxitócicos después de la salida de la placenta en un 36% de casos y se utilizó analgesia en un 62% de casos, se refiere a la medicación analgésica administrada durante el trabajo de parto o parto.

La oxitocina se elige para la inducción para la labor, por conveniencia en un embarazo a término. En el Preparto está indicada para el inicio o mejoramiento de las concentraciones uterinas, se consideran las condiciones del feto y la madre para el parto vaginal Y en el Posparto: oxitocina es indicada para producir contracciones uterinas durante el 3er. estadio de labor y en el control de sangrado postoperatorio, hemorragia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Causas de morbilidad de las mujeres atendidas

TABLA N°6

Distribución de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo según la Morbilidad Materna. Cuenca 2010

Variables	Nº	%
Anemia	40	3,1
Amenaza de parto pretérmino	70	5,4
Cardiopatía	3	0,2
Diabetes	70	5,4
Eclampsia	2	0,1
Hemorragias posparto	11	0,8
HIE	57	4,4
Hipertensión previa	6	0,4
Infección ovular	10	0,7
Infección puerperal	1	0,1
Infección urinaria	306	23,8
Nefropatía	2	0,1
Otra condición grave	41	3,1
Preclampsia	39	3
RCIU	14	1
RPM	29	2,2

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Podemos observar que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, lo que corresponde a la morbilidad Materna, teniendo en cuenta las patologías más frecuentes como infección urinaria 23,8%, diabetes 5,4%, amenaza de parto pretérmino 5,4%, anemia 3,1%, Cardiopatía 0,2%, eclampsia 0,1%, Hemorragia postparto 0,8%, HIE 4,4%, Hipertensión previa 0,4%, infección ovular 0,7%, Infección puerperal ,0,1%, nefropatía 0,1%, Preeclampsia 3%, RCIU 1% Ruptura prematura de membranas 2,2% y otra grave 3,1%.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo producen muerte de mujeres en todo el mundo, y la mayoría de esas defunciones. La hemorragia es la causa principal de muertes relacionadas con el



UNIVERSIDAD DE CUENCA

embarazo, y le siguen las infecciones. Otras causas incluyen obstrucción del parto, eclampsia y otros trastornos relacionados con la hipertensión. La mayoría de esas defunciones se podrían prevenir con el acceso a atención obstétrica de emergencia de calidad. Además, los servicios de planificación familiar pueden desempeñar una función importante en la prevención de las defunciones maternas mediante la reducción de los riesgos de salud relacionados con el embarazo no deseado.

**6.6. Neonatos atendidos****TABLA N°7**

Distribución de 1285 neonatos atendidos en la Clínica Humanitaria
Pablo Jaramillo Crespo según la atención al nacimiento. Cuenca
2010.

Variable	N°	%
Sexo RN		
Femenino	531	41,3
Masculino	575	44,7
Falta dato	179	14
Peso del RN		
Bajo	109	8,4
Normal	989	77
Sobrepeso	12	1
Falta dato	175	13,6
Perímetro cefálico		
Sin dato	180	14
microcefalia	19	1,4
Adecuado	1063	82,7
Macrocefalia	6	0,4
Atendió RN		
Medico	1083	84,3
Estudiante	1	0,1
sin dato	201	15,6
Longitud		
Sin dato	179	14
Adecuado	769	59,8
Muy grande	164	12,8
Muy pequeño	156	12,1
APGAR		
1er minuto		
0 – 6	49	3,8
7 – 10	1051	81,8
sin dato	185	14,4
5to minuto		
0 – 6	14	1,1
7 – 10	1086	84,5



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Sin dato	185	14,4
REANIMACIÓN		
Aspiración		
Sin dato	187	14,6
No	1043	81,2
Si	55	4,3
Estimulación		
Sin dato	187	14,6
No	1010	78,6
Si	88	6,8
Masaje		
Sin dato	188	14,6
No	1090	84,8
Si	7	0,5
Mascara		
Sin dato	187	14,6
No	1063	82,7
Si	35	2,7
Oxigeno		
Sin dato	188	14,6
No	1018	79,2
Si	79	6,1
Tubo		
Sin dato	206	16
No	1070	83,3
Si	9	0,7
Defecto Congénito		
Si	13	1
No	1065	82,9
sin dato	207	16,1
Egreso RN		
sin dato	415	32,3
fallece	5	0,4
Traslado	3	0,2

Elaboración: la autora

Fuente: SIP

Análisis de Atención neonatal

Podemos observar que de los neonatos atendidos el 41,3% son de sexo femenino, 44,7% masculino, de ellos nacieron con bajo peso 8,4%, peso normal 77% y los niños con sobrepeso 1%. De acuerdo a su Perímetro Cefálico 1,4% nacieron con microcefalia, 82,7% normo cefálicos y 0,4% con macrocefalia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

De acuerdo a la ubicación de los datos en el percentil correspondiente se catalogó como: “adecuado”, “pequeño” o “grande” para la edad gestacional.

La valoración del apgar en los recién nacidos es muy importante para determinar la vitalidad fetal, el 81,8% recibe una puntuación de 7 a 10 en el primer minuto y de 84,5% en el quinto minuto, sabemos que el primer minuto de vida es indispensable para su normal crecimiento y desarrollo.

De todos los recién nacidos, el 4,3% han recibido como medida de reanimación, la aspiración, 6,8% estimulación, 0,5% masaje, máscara 2,7%, oxígeno 6,1%, tubo 0,7%. Cada uno de estos procedimientos pueden ser realizados durante la recepción/reanimación del recién nacido. El manual de normas de procedimientos sugiere los siguientes:

- Estimulación
- Aspiración de boca y nariz.
- Máscara.
- Oxígeno.
- Masaje cardíaco (masaje)
- Intubación endotraqueal (tubo)

Del total de nacimientos el 1% de casos presentan defecto congénito, entendiéndose como malformación mayor a aquella capaz de producir la pérdida de la función de un determinado órgano, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores, si bien no provocan la pérdida de la función, suelen ser especialmente estéticas.

Al momento del egreso de la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo el 67,1% de los niños lo hacen vivos, y el 0,4% fallece.

Del total de nacimientos, los niños han sido atendidos en el 84,3% por profesionales médicos pediátricos y el 0,1% fue atendido por un estudiante de medicina.

**6.7. Estándares de calidad****TABLA Nº 8****Estándares de Calidad en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo
Crespo - 2010**

ESTÁNDARES E INDICADORES	Cumple con la norma		No cumple con la norma	
	SI	%	NO	%
Control prenatal	10	100	0	0
Partos con partograma graficado y con control	10	100	0	0
Partos con decisiones frente a desviaciones de curva de partograma	10	100	0	0
Partos con Oxitocina (manejo activo del tercer período).	10	100	0	0
Post partos con control	10	100	0	0
RN en los que se realizó actividades de la norma	10	100	0	0
Partos atendidos por médico/a u Obstetriz	9	90	1	10
RN atendidos por médico/a u Obstetriz	10	100	0	0
Pacientes con preeclampsia y eclampsia	-	-	-	-
Hemorragias obstétricas manejadas	-	-	-	-
Infecciones obstétricas manejadas	-	-	-	-
Partos Pretérmino con Corticoides prenatales	-	-	-	-
Partos Pretérmino con Nifedipina como Uteroinhibidor	-	-	-	-
Embarazadas con Ruptura Prematura de membranas	-	-	-	-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Recién Nacidos con infección	-	-	-	-
Recién Nacidos con Trastornos Respiratorios	-	-	-	-
Recién Nacidos con Prematurez	-	-	-	-

Análisis de Estándares de calidad

En esta tabla se puede observar el cumplimiento de los estándares de calidad en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, de todas las fichas que han sido evaluadas, las normas se cumplen en un 100% excepto en los Partos atendidos por médico/a u Obstetrix en la que se reporta un caso en el que atendió un estudiante, las opciones que no tienen puntaje es porque en las fichas revisadas no se registra esas normas.



Morbilidad y Mortalidad Materna- Neonatal y Estándares de Calidad

7.1. Introducción

La salud reproductiva es una parte esencial del desarrollo humano, tanto en la función reproductora y en su potencial intelectual y recreativo, basado en la experiencia personal y colectiva en que se sustenta la sociedad.

Tiene su participación en todas las etapas del ciclo vital en la normalidad o en las patologías.

Así, la salud del recién nacido es la expresión genética del padre y de la madre, depende del estado de salud materno en el contexto familiar, en la sociedad donde se desenvuelven y del acceso que esta ha tenido o tiene a los servicios de salud.

A nivel mundial, de acuerdo a cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocurren en la actualidad alrededor de 650.000 muertes maternas, lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados. Se calcula que cerca del 40% de las defunciones de niños menores de cinco años se produce en la primera semana de vida.

7.2. Caracterización de los principales problemas

- El formulario 051 es la recopilación de información sobre todo el embarazo, y se ha detectado que de 1285 madres que asisten a ésta casa de salud, el 58,3% lo hace sin su respectivo carné prenatal, y sus controles prenatales no lo realizaron en esta casa de salud por lo que carece de datos prenatales.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- El personal médico encargado del llenado de información en el SIP no lo realiza de una manera adecuada, encontrándose un déficit de información.
- Insuficiente conocimiento de la importancia que tiene el llenado de cada variable en el formulario 051.

7.3. Objetivos

- Mejorar la calidad de atención a las madres mediante un sistema donde se coordine y se organice una mejor comunicación entre las unidades de salud.
- Detectar prematuramente las fallas sobre el llenado de las variables del formulario 051, dando soluciones oportunas y efectivas.
- Promover al personal encargada del llenado del formulario a una actualización constante, sobre la importancia de las normativas de atención materna neonatal establecida por el MSP.

7.4. Estrategias

- Socialización de los problemas encontrados al realizar la investigación en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo.
- Concientizar sobre la participación de forma correcta en el llenado del formato, para establecer estadísticas locales y provinciales.
- Exhibición de las estadísticas que nos proporciona CLAP, mes a mes por parte de la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo.



7.5. Actividades

- Que dentro de los contenidos de la cátedra se incluya como normativa el llenado correcto del formulario 051, que corresponde a la Hoja del CLAP.
- Que se asista a los cursos virtuales, utilizando del moodle para autoformación en el llenado de este formulario.
- Que se realice el registro de una nota de alta en el expediente clínico de la madre y del niño. Por cuanto en el formulario no lo anotan.
- Que se disponga de lugar adecuado como zona de registro de datos, porque puede resultar incómodo para las usuarias y personal.



8. CONCLUSIONES

En la presente investigación puedo concluir que de 1285 mujeres atendidas en la Clínica de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo se encuentra 1 caso de mortalidad materna que ocurrió en el momento del parto y 22 casos muerte neonatal a esto se le suman 80 abortos.

El 69,5% de mujeres atendidas al momento del parto tienen una edad comprendida entre 19 a 35 años, considerando que la edad materna ideal.

El 98,5% corresponden a la raza mestiza considerando un factor importante grupo de población presenta condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables como lo es el analfabetismo (2,6%) un elemento indispensable para el progreso económico y social.

El 58% de las madres son casadas, el 22,3% tienen unión estable ahora la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola, sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio.

El 52,3% son multíparas, el 41,2% tienen de 1 a 3 hijos y el 6,5% son nulíparas; el 84,3% de madres refieren no tener abortos, el 14,7% presentan de 1 a 4 abortos.

El 55,6% de usuarias indicaron que su embarazo no fue planeado, el 77,7% refirió no haber usado ningún método anticonceptivo, el 8,1% utilizó el ritmo como método natural de planificación familiar,

El 2,4% de mujeres recibieron la vacuna Antirubeola previa al embarazo, el 10,5% no lo realizaron por falta de información. El 27% indican que se han administrado la vacuna antitetánica. Las vacunas en la gestación representan un factor beneficioso en las zonas endémicas, previenen de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

enfermedades maternas y fetales y eviten que se presenten defectos al nacimiento.

Durante los controles del embarazo, los exámenes odontológicos representa el 34,8%, exploración de mamas (55,5%) y de cérvix (23,3%).

La detección de bacteriuria se realizó en el 58,7% de las mujeres, de los cuales el 20,1% fueron positivos, la bacteriuria asintomática se refiere a la presencia de bacterias que se multiplican activamente en las vías urinarias sin provocar síntomas es sabido de que no desarrollarían pielonefritis y otro importante porcentaje terminaría en complicaciones durante el embarazo.

El 95,2% refiere no haberse realizado el examen de Estreptococo B, cualquier persona puede ser portadora de este grupo de estreptococos y no tener síntomas.

El 83,5% de las embarazadas recibieron hierro y folatos.

El 2,9% no han recibido ninguna consulta prenatal, el 78,2% se han realizado 5 controles y más, el 17,6% entre 1 a 4 consultas.

El 33,6% de las mujeres acuden al servicio portando su carnet al momento de la hospitalización para el parto o el aborto.

El 60,5% de las mujeres estuvieron acompañadas por sus parejas, mientras que el 27,9% por su familiar y tan solo 3,7% acudió sola.

El 18,4% manifestaron haber tenido cesárea previa y el 50,5% de los embarazos terminaron de manera espontánea, el 35,3% cesárea.

La posición de la paciente durante el período expulsivo: no se reportan casos en la posición sentada, acostada (85.7%) y en cuclillas (0.3%), es importante practicar con diversas posiciones de expulsión, de modo de saber cuál es más comfortable para la parturienta.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Al realizarse la episiotomía, se produjo desgarros durante el parto: grado I (12,6%), grado II (2,3%).

Se utilizó oxitócico en el pre alumbramiento o en el Postalumbramiento. Prealumbramiento incluye el uso de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de oxitócicos después de la salida de la placenta en un 36% de casos y se utilizó analgesia en un 62% de casos, se refiere a la medicación analgésica administrada durante el trabajo de parto o parto.

Las patologías más frecuentes como infección urinaria 23,8%, diabetes 5,4%, amenaza de parto pretérmino 5,4%, anemia 3,1%, Cardiopatía 0,2%, eclampsia 0,1%, Hemorragia postparto 0,8%, HIE 4,4%, Hipertensión previa 0,4%, infección ovular 0,7%, Infección puerperal 0,1%, nefropatía 0,1%, Preeclampsia 3%, RCIU 1% Ruptura prematura de membranas 2,2% y otra grave 3,1%, las complicaciones relacionadas con el embarazo producen muerte de mujeres en todo el mundo, y la mayoría de esas defunciones.

Los neonatos atendidos el 41,3% son de sexo femenino, 44,7% masculino, de ellos nacieron con bajo peso 8,4%, peso normal 77% y los niños con sobrepeso 1%. De acuerdo a su Perímetro Cefálico 1,4% nacieron con microcefalia, 82,7% normo cefálicos y 0,4% con macrocefalia.

La valoración del apgar en los recién nacidos es muy importante para determinar la vitalidad fetal, el 81,8% recibe una puntuación de 7 a 10 en el primer minuto y de 84,5% en el quinto minuto, sabemos que el primer minuto de vida es indispensable para su normal crecimiento y desarrollo.

De todos los recién nacidos, el 4,3% han recibido como medida de reanimación, la aspiración, 6,8% estimulación, 0,5% masaje, mascara 2,7%, oxígeno 6,1%, tubo 0,7%. Cada uno de estos procedimientos pueden ser realizados durante la recepción/reanimación del recién nacido.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Del total de nacimientos el 1% de casos presentan defecto congénito, entendiéndose como malformación mayor a aquella capaz de producir la pérdida de la función de un determinado órgano, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores, si bien no provocan la pérdida de la función, suelen ser especialmente estéticas.

El 67,1% de los niños lo hacen vivos, y el 0,4% fallece.

Del total de nacimientos, los niños han sido atendidos en el 84,3% por profesionales médicos pediátricos y el 0,1% fue Atendido por un estudiante de medicina.

Se ha revisado los estándares e indicadores de calidad según la norma de MSP, que contemplan una adecuada distribución personal, infraestructura, y un suficiente suministro de equipos, insumos y medicamentos, que permiten actuar oportunamente ante situaciones de emergencia. En la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo del Cantón Cuenca el 90% de los casos de atención de control prenatal y parto fueron atendidas por personal médico especializado.



9. RECOMENDACIONES

A la Cátedra de Obstetricia

- Que dentro de los contenidos de la cátedra se incluya como normativa el llenado correcto del formulario 051, que corresponde a la Hoja del CLAP.
- Que se asista a los cursos virtuales, utilizando del moodle para autoformación en el llenado de este formulario.
- Que como estudiantes tomemos conciencia de participar de forma correcta en el llenado del formato, para establecer estadísticas locales y provinciales.

A la Fundación

- Que se realice capacitaciones internas sobre el llenado del formulario.
- Que dispongamos de internet en el lugar destinado para la computadora del proyecto.
- Que el reporte de las fichas revisadas sean tomadas en cuenta por los miembros de la fundación.
- Que estos reportes sean actualizados, corregidos e ingresados en el sistema, porque existen variables que están sin dato.
- Que se llenen los formatos con los códigos de enfermedad y medicación administrada y defectos congénitos.
- Existen fichas que no fueron pasadas en el sistema.
- Se debe adoptar sanciones para las personas que no llenen de forma adecuada los registros, los mismos que pueden ser controlados por día y hora.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Que de parte de la fundación se exhiba las estadísticas que nos proporciona CLAP, mes a mes.
- Que se realice el registro de una nota de alta en el expediente clínico de la madre y del niño. Por cuanto en el formulario no lo anotan.
- Que se disponga de lugar adecuado como zona de registro de datos, porque puede resultar incómodo para las usuarias y personal.

Para el Sistema Informático Perinatal

- Causa confusión algunas variables como: condición de egreso de la madre o niño, grado de desgarro, el niño salió boca arriba en el momento del egreso junto al egreso de la madre, en la que los datos no son específicos sino generales y en algunos casos causan confusión.

Estándares de Calidad

- La Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, cumple con los estándares de calidad, el manejo activo del alumbramiento, no existen reportes dentro de las historias clínicas que registren la administración de oxitocina.



10. LIMITACIONES

- En el periodo de Abril a Diciembre se presentaron dificultades con relación a la forma incompleta e incorrecta en el llenado del formulario 051 por parte del personal que labora en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo.
- El cambio de internos de medicina, quienes no tenían conocimiento del llenado del formulario 051, por lo que hubo mayor déficit de datos.
- No se tenía acceso a internet de manera directa para poder enviar al Ing. Gabriel Carpio la base de datos, se tenía que pedir el envío al Ing. De la Fundación, quien siempre nos ayudo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR 2008. Programa Nacional de Educación para la Democracia. Págs.:21,73-74.
2. INEC. Principales causas de mortalidad materna. Ecuador. 2007. En: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
3. WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2005. OMS 2007. En: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/
4. CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. La salud reproductiva y los derechos reproductivos. 2006. En: <http://www.crlp.org.A>
5. http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/politica_salud.pdf
6. OPS/MSP. Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de emergencia. Guayaquil-Ecuador. 2007.
7. <http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>.
8. OPS/MSP. Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de emergencia. Guayaquil-Ecuador. 2007.
9. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>
10. INEC. Población total y tasas brutas de natalidad, mortalidad general, mortalidad, infantil y materna, según regiones y provincias de residencia habitual. 2007. En: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/est_nac_def
11. Unicef. Objetivo para mejorar la salud materna, disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 12.** O.M.S.: Definiciones y Recomendaciones para el registro de estadísticas vitales. Actas OMS. 28:17,1950. 160:11 ,1976
- 13.** Definiciones Principales del Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008.
- 14.** OPS: Estadísticas de Salud de las Américas 1995.
- 15.** Anuario Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008
- 16.** Morbilidad materna extrema en la clínica Rafael Uribe Uribe en Cali
- 17.** Anuario Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008
- 18.** REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRÍA.
- 19.** Ventura-Juncá P: Adaptación-Inmadurez, Peculiaridad de la Patología Neonatal. En Manual de Pediatría, Ed. Winter A y Puentes R. Ediciones IMC Color, 1984.
- 20.** Anuario Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008
- 21.** Anuario Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones – INEC 2008
- 22.** Salas B; Yopez E; Torres W; Orozco L; Hermina J; Ayabaca P. Manual de ESTÁNDARES INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL.2008.
- 23.** Calidad de Atención Materno-Infantil ministerio de salud pública del Ecuador, Dra. Caroline Chang Campas MINISTRA DE SALUD
- 24.** Evaluación de los servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales disponible en: Evaluación CONE Revista FCM
<http://www.investigacionsalud.com>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 25.** Tecnologías de Información y Comunicación -TIC- para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los servicios públicos de la provincia del Azuay, Universidad de Cuenca, Dr. José Ortiz.
- 26.** CLAP (OPS/OMS) Sistema Informático Perinatal. Salud Perinatal- Boletín del CLAP. 1998; 7:36-37.
- 27.** SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL disponible en:
www.clap.ops/oms.org
- 28.** Quienes Somos - Fundación Pablo Jaramillo. Cuenca. Ecuador disponible en <http://www.clinicahumanitaria.org/quienes.html>



12. BIBLIOGRAFÍA

- De la Cruz C; Robles V; Hernández J. Revista cubana de servicio de salud pública versión on-line issn0864- revista cubana de salud pública 35cuidada de habana enero marzo 2009. Disponible en:
 - <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=scl>
- Morbimortalidad Neonatal. Disponible en:
 - <http://www.slideshare.net/xelalephJmorbimortalidad-nconatal>
 - http://www.salud.com/secciones/salud_infantil.asp?contenido=27757
 - http://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna
- CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE NEONATAL
 - <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/I.%20>
 - PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMatemay Neonatal.pdf
- MORTALIDAD NEONATAL. LA DIFUSIÓN DE MEDIDAS SIMPLES EVITARÍA TRES MILLONES DE MUERTES DE RECIÉN NACIDOS. Disponible en:
 - http://www.salud.com/secciones/salud_Infantil.asp?contenido=27757
- PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD
- MATERNA Y NEONATAL. Septiembre 2008 Disponible en:
 - http://www.cnna.gov.ec/_upload/PLAN%20DE%20REDUCCION%20ACELERADA.pdf



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Jay D Iams; Romero R; Culhane J; Goldenberg R. El parto prematuro 2. INTERVENCIONES PRIMARIAS. SECUNDARIAS Y TERCIARIAS PARA REDUCIR LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE PARTO PREMATURO-LANCET 2008 Jan 12; 371 (9607):164-75. Disponible en:
 - http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menú-principal/08_Guias/m.pretermino2
- GineWeb. FR Pérez-López. Mortalidad materna, Dr. F.R. Pérez-López. [20K] Feb 2008 Condición femenina | Congresos | Mortalidad materna en el siglo XXI Dr Faustino...developed by WHO, UNICEF and UNFPA Mortalidad Materna en la India (Unicef) Algunas...experiencia de muerte. La mortalidad materna Como problema de salud pública...
 - <http://www.unizar.es/gine/01mar.htm>
- Peter J. Chen, MD, Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network-
 - [http://www.umm.edu/pregnany spanish/000129](http://www.umm.edu/pregnany%20spanish/000129).
- Salas B; Yepez E; Torres W; Orozco L; Hermina J; Ayabaca P. Manual de ESTÁNDARES INDICADORES E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO – NEONATAL.2008.Disponible en:
 - <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/5.%20Manual%20de%20Estandares>.
- Morbimortalidad Neonatal. Disponible en
 - <http://ivwm,.slideshare.net/xelaleph/morbimortalidad-neonatal>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- [http://www.slideshare.net/sisterhood4humaiity/unicef-2009-statc women hildren-report](http://www.slideshare.net/sisterhood4humaiity/unicef-2009-statc-women-hildren-report)
- EXPERTO ADVIERTE DE QUE LA MORTALIDAD PERINATAL SE SITÚA EN EL 33 POR MIL EN LOS PAÍSES POBRES. Disponible en:
 - <http://ecodiario.economista.es/salud/noticias/972681/01/09/Experto-advierte-de-que-la-mortalidad-perinatal-se-situa-en-el-33-por-mil-en-los-paises-pobres>.
- Periago M. REDUCIR LA MORTALIDAD NEONATAL. Agosto 2007. Disponible en:
 - <http://larchivolaprensa.com.ni/archivo/2007/agosto/27/noticias/opinion/211318.shtml>
- Peña M. FORO TÉCNICO REGIONAL: AVANZANDO LA SALUD NEONATAL A TRAVÉS DE ALIANZAS. septiembre 2009. Disponible en:
 - http://www.alape.org/Discurso,MPena_neo.
- Elementos clave para reducir la mortalidad materna [20K] Jul 2003
Elementos clave para reducir la mortalidad materna Se investigan las circunstancias...Java Occidental las tasas de mortalidad materna son incluso más elevadas. ¿Se puede reducir allí la mortalidad materna mediante el cambio de comportamiento...
 - <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/net...>
- Mainero L, Martínez G, Rubino M, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Fescina R. MANUAL DE USO DEL PROGRAMA PARA EL ANÁLISIS APROVECHAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. Disponible en:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- <http://www.clap.opsoms.org/web2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201565.pdf>
- Fernández R; Lavín C; Monterubio C; Soler V. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y PERINATAL EN LOS HOSPITALES DEL GRUPO DE ESTUDIOS NEONATALES VASCO-NAVARRO. An Pediatr (Barc): 70(2):143-150,feb.2009.Disponible en:
 - <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-59232>
- Covarrubias O; Laceres W; Vázquez A; Velázquez D; Echeverría E. IMPACTO DE LA HISTORIA MATERNA EN LA MORTALIDAD NEONATAL. GINECOL OBSTET MEX; 76(12): 730-8, 2008Dec. Disponible en:
 - <http://pésquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-5142>.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ANEXOS

ANEXO Nº 1

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

DATOS GENERALES

EDAD (años)

Al momento de la primera consulta preguntar: ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Anotar. Si es menor de 15 años o mayor de 35,

ETNIA

Se ha incluido este dato en la HCP debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afro descendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables.

Si bien existe una sola Raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias. Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana.

Una de las estrategias para mejorar la situación de estas poblaciones es haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por Raza y grupo étnico. La mayor parte de los países han iniciado esfuerzos o ya han incorporado preguntas en los censos nacionales en este tema. Las formas de obtener este dato varían de país a país. Todos son de auto identificación aunque en algunos casos se hace referencia al color de piel y en otros se pregunta por el grupo indígena con el cual se identifica la persona. En



UNIVERSIDAD DE CUENCA

todos los casos las opciones de respuesta incluyen los nombres de las etnias y razas específicos del país.

ALFABETA

¿Sabe leer y escribir?

ESTADO CIVIL

Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro.

También se registrará si vive sola o no.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTAS PREVIAS

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual.

PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS

Se refiere al número de partos. Cuantos fueron por cesárea y cuantos vaginales.

ABORTOS

Se define como Aborto a la expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los abortos espontáneos o inducidos. Los embarazos ectópicos se contarán como abortos.



NACIDOS VIVOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

NACIDOS MUERTOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

VIVEN

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

EMBARAZO PLANEADO

Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones.

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (Fracaso Método Anticonceptivo)

Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?



GESTACIÓN ACTUAL

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

PESO ANTERIOR

Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual. Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo.

TALLA (cm)

Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control.

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)

Este dato es esencial para estimar la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable.

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

Para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma diseñado por el CLAP/SMR. Haciendo coincidir la flecha roja del gestograma que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con la fecha del primer día de la menstruación, la FPP quedará indicada por la fecha calendario que marca el punto de la semana 40 del gestograma. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s)

Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

Ecografía: Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana.

ANTIRRUBEOLA

La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

ANTITETÁNICA

La eliminación del tétanos neonatal es otro de los retos de esta región. Una de las estrategias claves para alcanzar esta meta es vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al proveedor indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal.

EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL)

Para muchas mujeres, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general, además del relacionado con la gestación actual...



UNIVERSIDAD DE CUENCA

EXAMEN ODONTOLÓGICO (ODONT.)

El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, pre eclampsia y muerte fetal y la transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño y su efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños. La enfermedad periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.).

EXAMEN DE MAMAS

El examen de las mamas es sugerido en muchos países como parte del examen de toda gestante. Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.

CÉRVIX

Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales.

PAPANICOLAOU (PAP):

Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la gestante pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

COLPOSCOPIA (COLP):

Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical.

GRUPO Rh

Son los grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). "Rh" (+); RH positivo (-).

Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto).

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb)

La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematurez y bajo peso al nacer.

Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl. Si la hemoglobina se sitúa entre 7,0 y 9,0 g/dl se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7,0 g/dl la anemia es severa.

Fe/FOLATOS INDICADOS

Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta, excepto en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

aquellos países en los que existen programas específicos de fortificación de los alimentos.

Las estrategias de prevención de la anemia por deficiencia de hierro se basan en:

- Modificar la dieta para aumentar el consumo de hierro y de los facilitadores de su absorción, al tiempo que se intenta disminuir el consumo de inhibidores.
- Fortificación de alimentos de consumo habitual con hierro.
- Suplementar con medicación rica en hierro.
- Tratar aquellas infecciones que pueden alterar la absorción de hierro y otros nutrientes (por ejemplo parasitosis).

BACTERIURIA

Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde el urocultivo no es una opción la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

GLUCEMIA EN AYUNAS

Es el valor de la glucemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada en gramos por decilitro en el rectángulo correspondiente.

ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas

La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal.

La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados como: informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; preparar un plan de parto; entrenar en psicoprofilaxis

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Entendiéndose por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto y
- Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

CONSULTAS ANTENATALES

Es para anotar los controles prenatales

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO

Es la fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la maternidad u hospital.



CARNÉ

Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto o el aborto.

CONSULTAS PRENATALES TOTAL

Es el número total de consultas prenatales

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto.

CORTICOIDES ANTENATALES

La inclusión de las variables corticoides además de fundamentarse en su probada efectividad, intenta ser un recordatorio para aumentar su uso por parte de los profesionales, siendo además un indicador que permite monitorizar calidad de atención perinatal.

INICIO

Se refiere al inicio del trabajo de parto.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTE PARTO

Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL AL PARTO

Registrar la edad gestacional al momento del parto, en semanas completas y días.

PRESENTACIÓN / SITUACIÓN



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto.

TAMAÑO FETAL ACORDE

Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional.

ACOMPañANTE

La HCP ha incorporado esta variable basada en primer lugar en el derecho que tiene toda mujer gestante a permanecer acompañada por quien ella quiera y en segundo lugar porque existen evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento.



TRABAJO DE PARTO

DETALLES EN PARTOGRAMA:

Se registrará SI, cuando sea usado el partograma con curvas de alerta de CLAP/SMR u otro partograma.

PARTOGRAMA

El CLAP/SMR ha diseñado un partograma con curvas de alertas para facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Este partograma incorpora curvas diferentes, considerando las principales variables que influyen en la duración del parto: paridad, estado de las membranas ovulares y posición de la gestante durante el trabajo de parto.

NACIMIENTO

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto.

- Muerto Ante parto: Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto.
- Muerto Parto: muerte que ocurrió durante el trabajo de parto.
- Muerto Ignora momento: Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO

Marcar la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año

MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE)

Si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple.



TERMINACIÓN

Si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

Se registrará las causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps, o vacuum.

POSICIÓN PARTO

Posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

EPISIOTOMÍA

Si se realiza episiotomía

DESGARROS (Grado 1 a 4)

En caso de producirse desgarros durante el parto identificar el Grado.

OCITÓCICOS

Si se utilizó oxitócico en el pre alumbramiento o en el postalumbramiento. Prealumbramiento incluye el uso de oxitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de oxitócicos después de la salida de la placenta.

PLACENTA

Se refiere a si la placenta se ha expulsado completa o ha quedado retenida.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

LIGADURA DEL CORDÓN PRECOZ

Cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario.

MEDICACIÓN RECIBIDA

Se refiere a la medicación administrada durante el trabajo de parto o parto.

ATENDIÓ

Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO) y al recién nacido (NEONATO).

ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS)

Se registrarán todas las patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio.

RECIÉN NACIDO

SEXO

Identificar si es Femenino, Masculino o No definido.

PESO AL NACER

Registrar el peso al nacer en gramos

P CEFÁLICO (PERÍMETRO CEFÁLICO)

Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros.

LONGITUD

Registrar la longitud del recién nacido en centímetros.

EDAD GESTACIONAL



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Registrar la edad gestacional en semanas completas y días.

PESO EG (PESO PARA EDAD GESTACIONAL)

Se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional, usando un patrón de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales. De acuerdo a donde se ubique en esta gráfica el recién nacido podrá ser catalogado como: “adecuado”, “pequeño” o “grande” para la edad gestacional.

APGAR (min)

Registrar el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida.

REANIMACIÓN

Son los procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido. Estos pueden ser:

- Estimulación
- Aspiración de boca y nariz.
- Máscara.
- Oxígeno.
- Masaje cardíaco (masaje)
- Intubación endotraqueal (tubo)

FALLECE EN LUGAR DE PARTO

El estado del neonato nacido vivo durante su estadía en la sala de partos.

REFERIDO

Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEFECTOS CONGÉNITOS

Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas.

ENFERMEDADES

Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos.

EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO

Registro del número de historia clínica otorgado por el establecimiento.

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO

Anotar el nombre completo del recién nacido. Registrar por lo menos los apellidos si el nombre aún no ha sido elegido por los padres.

RESPONSABLE

Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.

TRANSFERENCIA

En todos los casos en que la mujer es derivada a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución de la salud de la mujer.

EGRESO MATERNO se refiere al estado al momento del alta (viva o fallece).



ANTICONCEPCIÓN

CONSEJERÍA

Si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta.

MÉTODO ELEGIDO

Método seleccionado por la mujer luego de la consejería. Este listado incluye:

- **DIU** Post evento obstétrico (post parto o post aborto).
- **Barrera:** condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- **Hormonal:** oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- **Ligadura tubarica.**
- **Natural:** método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

RESPONSABLE

Completar con apellido y nombre del médico responsable del alta.

Las variables descritas anteriormente son tomadas de las bases de datos del programa SIP de la historia clínica perinatal, así:

1.- DATOS GENERALES:

- Edad
- Etnia
- Alfabeta
- Estudios
- Lugar del control prenatal
- Lugar del parto



2.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- Gestas previas
- Abortos
- Nacidos vivos
- Nacidos muertos
- Viven
- Embarazo planeado
- Fracaso método anticonceptivo

3.- GESTACIÓN ACTUAL:

- Peso anterior
- Talla
- FUM
- FPP
- Confiabilidad de la edad gestacional
- Anti rubéola
- Antitetánica
- Examen odontológico y de mamas
- Cérvix
- Inspección visual
- PAP
- Colposcopia
- Grupo Rh
- Fe/folatos indicados
- Bacteriuria
- Glicemia en ayunas
- Estreptococo B 35 – 37 semanas
- Preparación para el parto
- Consejería en lactancia materna



4.- CONSULTAS ANTENATALES

5.- PARTO /ABORTO:

- Parto -aborto
- Fecha de ingreso
- Carne
- Inicio
- Edad gestacional al parto
- Presentación situación
- Tamaño fetal acorde
- Acompañante
- Trabajo de parto
- Nacimientos
- Múltiple
- Terminación
- Indicación principal de parto o parto operatorio
- Episiotomía
- Desgarros
- Oxitócicos
- Atendió

6.- ENFERMEDADES PATOLÓGICAS MATERNAS:

7.- RECIÉN NACIDO:

- Sexo
- Peso al nacer
- Perímetro Cefálico
- Longitud
- APGAR
- Reanimación
- Defectos congénitos
- Enfermedades



UNIVERSIDAD DE CUENCA

8.- EGRESO DEL RECIÉN NACIDO:

- Egreso del RN
- Peso al nacer

9.- EGRESO MATERNO:

- Viva/Fallece
- Traslado
- Responsable.

10.- ANTICONCEPCIÓN:

- Consejería
- Método elegido
- Responsable.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ANEXO Nº 2

VARIABLES DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD

Variables de Estándares e indicadores de calidad

Las variables descritas son tomadas de las bases de datos del manual de estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materna neonatal.

Estándares e indicadores a ser medidas por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad:

Estándares básicos e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y del recién nacido/a:

1.- Porcentajes de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada unidad operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a.

Estándar e indicador de proceso: control prenatal

2.- Porcentaje de mujeres embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) se le realizaron y registraron actividades seleccionadas según la norma.

Estándar e indicador de proceso: atención del parto

3A.- Porcentaje de partos atendidos en las Unidades de salud con partograma en los que se graficó correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical real de la paciente y además se registró el descenso de la presentación, se controló y registro la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardiaca fetal.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3B.- Porcentaje de partos atendidos en las unidades de salud en los que se tomó decisiones frente a desviaciones de la curva de dilatación cervical del partograma.

4.-Porcentaje de partos vaginales atendidos en las Unidades de Salud en los que se administró a la parturienta 10 UI de oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la historia clínica perinatal.

Estándar e indicador de proceso atención del post – parto.

5.-porcentaje de post partos inmediatos en los que se controló y registro en la historia clínica perinatal en tres controles obligatorios durante las dos primeras horas, las actividades seleccionadas según la norma.

Estándar e indicador de proceso: atención del/a recién nacido/a a término.

6.- Porcentaje de recién nacidos/as a término en los /as que se realizó y registró en la historia clínica perinatal por lo menos 11 actividades seleccionadas de norma.

Estándar e indicador de atención del parto y recién nacido/a por personal profesional calificado.

7A.- Porcentaje de partos atendidos por personal profesional calificado (medico/a u obtetriz).

7B.- Porcentaje de recién nacidos/as atendidos por personal profesional calificado (medico/a u obtetriz).

Estándares e indicadores de proceso: complicaciones obstétricas.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

8A.- Porcentajes de pacientes con preeclampsia y eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

8B.- Porcentaje de porcentajes con hemorragias obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

8C.- Porcentaje de pacientes con infección/fiebre de causa obstétrica: aborto séptico, corioamnionitis, endometritis que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

8D.- Porcentaje de amenaza de partos pretérmino en lo que se administró a la madre corticoides y se registró en la historia clínica perinatal/Historia clínica única, la inducción de maduración fetal pulmonar.

8E.- Porcentaje de amenaza de partos pretérmino en lo que se administró a la madre Nifedipina como útero inhibidor y se registró en la historia clínica perinatal/Historia clínica única.

8F.- Porcentajes de embarazadas con Ruptura prematura de membranas que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

Estándares e indicadores de proceso: complicaciones neonatales.

9A.- Porcentaje de recién nacidos/as con infección sistemática, que fueron manejadas de acuerdo a la norma.

9B.- Porcentaje de recién nacidos/as con trastornos respiratorios, que fueron majados de acuerdo a la norma.

9C.- Porcentaje de recién nacidos/as con prematurez y/o peso bajo que fueron manejados de acuerdo a la norma.

Estándares e indicadores de salida.

10.- Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas.

11.- Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estándares e indicadores medidos por las direcciones provinciales salud.

12.- Porcentaje de complicaciones obstétricas atendidas en hospital/unidades del Área de salud, de las esperadas.

13.- Porcentaje de muertes maternas ocurridas en el Área de Salud /Hospital que tienen un proceso de investigación epidemiológica.

Estándares e indicadores de entrada para la atención de la salud materna y perinatal.

1.- porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta cada Unidad operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variables de atención a la madre

Las variables descritas son tomadas de las bases de datos del programa SIP de la historia clínica perinatal.

- Datos Generales.
- Antecedentes Obstétricos.
- Familiares
- Personales
- Obstétricos
- Gestación Actual.
- Consultas Antenatales.
- Parto /Aborto.
- Enfermedades Patológicas Maternas.
- Recién Nacido.
- Puerperio.
- Egreso del Recién Nacido.
- Egreso Materno.
- Anticoncepción.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Definición de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Características físicas del Recién Nacido</p> <p>Constituyen las condiciones de edad, sexo, antropometría y el estado general</p>	Edad En semanas de gestación	S. de gestación registradas en el formulario # 051	< 37 37 a 41 > 41
	Sexo Por el fenotipo	Órganos sexuales externos registrado en el formulario # 051	Masculino Femenino No definido
	Antropometría Peso en gramos <2500 g o si es ≥4000 g.	Peso en gramos registrado en el formulario # 051	Adecuado Pequeño Grande
	Longitud: Tamaño fetal en cm. en relación con su EG	Adecuación de la longitud en cm	Si No
	Estado general: el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida	Test de APGAR registrado en el formulario # 051	1 m (1 a 10) 5 m (1 a 10)
<p>Condición al nacer</p> <p>Fallece en sala de partos: El estado del neonato nacido, durante su estadía en la sala de partos.</p>	Apariencia física de la condición de vida	Condición de vida del RN que se registra en el formulario # 051	Si No
<p>Referido: Destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos.</p>	Lugar del envío	Formulario # 051	Aloj. conjunto Neonatología Otro hospital
<p>Atención</p> <p>Se refiere a la persona que atendió el parto a la mujer y al neonato, pudiendo ser Médico, Enfermera u Obstetiz, Auxiliar de enfermería, Estudiante o</p>	Parto Persona que atendió el parto a la mujer		Médico Enf. Obstetiz Auxiliar Estud. o Empírica Otro



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Empírica u Otra persona.	Neonato Persona que atendió al recién nacido		Médico Enf. Obstetiz Auxiliar Estud. o Empírica Otro
Diagnóstico de laboratorio Resultados de exámenes de laboratorio que pueden ser realizados a los neonatos durante su hospitalización en el servicio de neonatología.	Valores en sangre PH	PH en sangre, anotado en el libro de registro	Normal Alto Bajo
	Glicemia	Glucosa en sangre en mg, anotado en el libro de registro	Normal Hiperglucemia Hipoglucemia
	Cultivo	Número de colonias en +, anotado en el libro de registro	Tipo de germen
Tamizaje neonatal normal La existencia del tamizaje neonatal para la prevención de daño severo con la finalidad de iniciar un tratamiento oportuno	VDRL. Prueba hematológica para detección de la sífilis	Formulario # 051	Si No No se hizo
	TSH. Prueba hematológica para detección del hipotiroidismo	Formulario # 051	Si No No se hizo
	Bilirrubina: Prueba hematológica para detección de Ictericia	Formulario # 051	Si No No se hizo
	Toxoplasmosis: Dosificación de IgM para detección de toxoplasmosis	Formulario # 051	Si No No se hizo
<u>Meconio</u> : si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida	Observación de eliminación de meconio	Formulario # 051	Si No
Patología Defectos congénitos. Malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano afectado. Las menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser estéticas.	Función de órganos y defectos estéticos	Formulario # 051	No Menor Mayor Código CIE10
Patologías. Presencia de una o más enfermedades.	Manifestaciones clínicas	Formulario # 051	No Código CIE10



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Reanimación Lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido.	Oxígeno	Formulario # 051	Si No
	Máscara	Formulario # 051	Si No
	Tubo	Formulario # 051	Si No
	Masaje	Formulario # 051	Si No
	Adrenalina	Formulario # 051	Si No
Egreso del RN La condición del nacimiento de un niño y su evolución. • Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta. • Si el niño nació vivo pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento. • Si el niño nació vivo y muere. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento.	Condición al egreso	Formulario # 051	Vivo Fallece Traslado
	Traslado	Formulario # 051	Si No
	Fallece durante o en el lugar del traslado	Formulario # 051	Si No
Alimento al alta El tipo de alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución	Alimentación administrada al niño	Formulario # 051	Lactancia exclusiva Parcial Artificial
Boca arriba Si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.	Información recibida por la madre	Formulario # 051	Si No
Vacuna BCG Si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta	Administración de la vacuna BCG al neonato	Formulario # 051	Si No
Peso al egreso Peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.	Física	Peso en gramos registrado en formulario # 051	Rangos de 500